

(Zdravstveni zavod, zasebna ambulanta)

MNENJE O ZDRAVSTVENEM STANJU

za uveljavljanje pravice do socialno varstvene storitve

Ime in priimek: _____

EMŠO: _____

Stalno prebivališče: _____

Diagnoze: _____

Dosedanja terapija:

Gibanje: normalno delno oteženo nepomičen/na

Sluh: sliši naglušen/na gluh/a

Vid: vidi slaboviden/na slep/a

Govorna komunikacija: mogoča ni mogoča

Medicinsko tehnični pripomočki: ne uporablja uporablja

Vrsta pripomočka, tudi ev. zdravljenje
s kisikom:

Odvajanje: kontinenca inkontinenca za urin inkontinenca za blato

urinski kateter Vrsta: _____

stoma Vrsta: _____

Stanje kože (rane, razjeda zaradi pritiska, ...): _____

Pomoč druge osebe: ni potrebna je potrebna

Prehranjevanje: per os hranjenje po NGS hranilna stoma

Dietna prehrana: ni potrebna je potrebna

Katera: _____

Pshično stanje: orientiran/a delno orientiran/a ni orientiran/a

Ali potrebuje nadzor: da ne

MRSA:

Ob premestitvi iz bolnišnice: ne da preiskava ni bila opravljena

Če biva doma: ne da preiskava ni bila opravljena

Druge posebnosti zdravstvenega stanja, ki so pomembne za izvajanje storitve:

Drugo:

Podpis odgovorne medicinske sestre: _____ žig: _____ Podpis osebnega zdravnika

Kraj in datum:

Soglašam s posredovanjem gornjih podatkov za potrebe uveljavljanja zdravstvenih in socilano varstvenih storitev.

Upavičenec / skrbnik / pooblaščenec: _____